

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. ВОЕННАЯ И ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОУРЕТЕРОЛИТИАЗА

Альхолани Абуалгейт

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Лечение мочекаменной болезни является сложной задачей. Высокая травматичность традиционных оперативных методов лечения привела к поиску новых способов удаления камня. В настоящее время все чаще применяют малоинвазивные методы, такие, как ДУВЛ, трансуретральная, перкутанная эндоскопическая хирургия и их сочетания [2,3].

С развитием эндоскопической, рентгенологической и ультразвуковой техники в лечебной практике стали широко применяться методы чрескожного и трансуретрального удаления камней почки и мочеточника. Появление новых методов лечения привело к тому, что камни одинаковых размеров и локализации стали удалять как традиционными, так и эндоурологическими методами. При выборе метода операции необходимо учитывать не только частоту операционных и послеоперационных осложнений, но и травматичность операции. Травматичность оперативного вмешательства и течение послеоперационного периода оказывают большое влияние на частоту камнеобразования [1,4].

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности эндоскопического метода лечения нефроуретеролитиаза по сравнению с традиционным оперативным методом лечения.

Материалы и методы. Материалом для данной работы служили 136 больных нефроуретеролитиазом, наблюдавшихся в урологической клинике медицинского факультета Йеменского государственного университета, развернутой на базе больницы Аль-таура г. Сана (80 пациентов) и клиники урологии Витебской областной клинической нефрологической больницы (56 пациентов) в 2002 - 2004 гг. Возраст всех обследуемых пациентов варьировал от 20 до 74 лет. Длительность болезни составляла от 3 до 28 лет. Размер камней у пациентов был 1-5 см. Среди больных мужчин было 87 (64%),

женщин - 49 (36%). Рецидивный нефролитиаз выявлен у 30,9% пациентов. Односторонний уролитиаз диагностирован у 80 (58,8%), двусторонний - у 25 (18,4%), а множественные камни обнаружены у 31 (22,8%) больных. Коралловидные камни выявлены у 37 (27,2%) лиц от всех больных.

Результаты и их обсуждение. Результаты эндоскопии показали, что у больных с одно или двухэтапным удалением камней нефролитотоксацией положительный результат получен у 67,1% больных, т.е. камни были удалены с первой попытки. В этой группе размер 48,8% камней составлял менее 1,5 см. Количество освобожденных больных от камней после первого сеанса нефролитотрипсии был ниже на 59 % по сравнению с нефролитотоксацией.

У больных с одиночными камнями размером меньше 1,5 см лечение методом эндоскопии в 67,1% случаев результаты были значительно лучше, в то время как при множественных и коралловидных камнях – только в 8,8% больных с коралловидным камнем не удалось освободить от камней во время первого сеанса перекутанного их удаления. У больных с двусторонними не коралловидными камнями результаты лечения оказались значительно лучше, камни удалены после первого сеанса в 82%.

Одноэтапное эндоскопическое удаление камней у больных Республики Йемен при множественном нефроуретеролитиазе было применено у 52 (81,3%) больных, поступивших в клинику в связи с болевой симптоматикой, но без осложненного течения. У 30 (57,7%) больных конкремент был удален чрескожной нефролитотоксацией, у остальных 22 (42,3%) пациентов - нефроуретеролитотрипсией. Все камни были удалены за один сеанс, почки дренированы нефростомой, а мочеточники - катетеризированы. Продолжительность операции составила 70 - 100 мин.

Комбинированное эндоурологическое удаление камней выполнено одноступенчатая операция, а оставшейся фрагменты удалены методом ДУВЛ у 12 (8,8%) больных, из них коралловидные камни выявлены у – 7 (58,3%), камни лоханки - у 5 (41,7%). У всех больных была выявлена латентная фаза хронического пиелонефрита и компенсаторная почечная недостаточность.

Осложнения, связанные с эндоскопической операционной вмешательством, у больных встречались в 27 (40,3%) случаев. Чаще всего отмечалось активизация воспалительного процесса, связанная с множеством причин. При традиционных оперативных вмешательствах воспалительные осложнения встречались у 40

(67,8%) больных, при эндоскопических методах – у 24 (35,8%). После пиелолитотомии и пиелонефролитотомии пиелонефрит выявлен у 50% и 80%, при перекутанных и трансуретеральных эндоскопических операциях - у 36,3% и 20% соответственно.

Продолжительность операции в различных группах больных показывает, что в среднем эндоурологическая операция проводится в 1,5 раза быстрее, чем традиционная, в зависимости от локализации и количества камней.

Традиционные операции, как правило, проводились бригадой из трех хирургов, а эндоурологическое удаление камней выполнялась одним хирургом.

Осложнения во время традиционных операций мы наблюдали у 27 (21,4%) больных и у 10 (7,9%) больных, оперированных эндоурологически. Наиболее часто осложнения были при удалении множественных и рецидивных камней почки.

Кровотечения при традиционных операциях, развившееся у 11 (18,6%) больных, возникали в результате повреждения добавочных полярных сосудов и из окологпочечной клетчатки при выделении органа, а также во время нефротомии. Своевременно диагностируемое кровотечение останавливалось прошиванием сосудов или паренхимы почки и при необходимости проводились гемотрансфузии.

Кровотечение при чрескожном удалении камней развившееся у 3 (4,5%) больных возникало как на этапе создания доступа, так и при непосредственном удалении камня или во время осмотра полостей почки. Причинами возникновения кровотечения являлась травма паренхимы почки при неправильном доступе или повреждении шеек чашечек при форсированном осмотре полостей почки. Для ликвидации данного осложнения необходимо прекратить дальнейшие манипуляции и дренировать почку нефростомой достаточного диаметра (25-28 F), по просвету которой свободно могли бы отходить образовавшиеся сгустки крови.

Повреждение соседних анатомических образований отмечено у 10 (16,9%) больных при традиционных операциях, в 7 (70%) случаях это было нарушение целостности брюшины, в 3 (30%) случаях – повреждение плевры. Своевременная диагностика этих осложнений и их ликвидация позволили избежать тяжелых осложнений в послеоперационном периоде.

Повреждение почечной лоханки при выполнении традиционных операций возникало у 8(13,6%) больных из-за долгого стояния камня, при перкутанной эндоскопии – в 1 (1,5%) случае во время одноступенчатой операции. Повреждение почечной лоханки при

эндоскопии было вследствие глубокого введения иглы, а повреждение почечной лоханки при пиелолитотомии возникло из-за манипуляции и поиска конкремента. После обнаружения данного осложнения дальнейшие манипуляции были прекращены и почка дренирована нефростомой. Камень удален вторым этапом эндоскопии после заживления перфорационного отверстия, при пиелолитотомии камень удален, затем выполнено ушивание лоханки и почка дренирована нефростомой.

Послеоперационные осложнения, которые были у 67 (53,2%) оперированных больных, включали общие хирургические послеоперационные осложнения и осложнения специфические для урологической патологии. К первой группе относятся послеоперационные нагноения раны, парезы кишечника, пневмонии. Ко второй группе относятся обострение хронического воспалительного процесса в мочевых путях, нарушение функции дренажей и длительное подтекание мочи в рану, вторичное кровотечение.

Наиболее часто (41%) послеоперационные осложнения наблюдались после операций по поводу множественных и рецидивных камней, а также у больных с операционными осложнениями. Нарушение функции дренажа наблюдали у 7 (11,9%) больных после традиционных операций. Во всех случаях это сопровождалось обострением хронического воспалительного процесса и требовало проведения дополнительных лечебных мероприятий. Обострение хронического пиелонефрита было зарегистрировано у 40 (67,9%) больных после традиционных операций.

Нагноение послеоперационной раны и ее вторичное заживление отмечено у 6 (4,8%) больных, оперированных традиционно. У 3 (2,4%) больных была диагностирована забрюшинная гематома, в 1 (1,7%) случае сформировался мочевой свищ, потребовавший дополнительной операции.

Параренальная гематома диагностирована у одного больного, после чего была произведена ее чрескожная пункция. Для коррекции послеоперационных осложнений были проведены дополнительные операции (чрескожная нефростомия), выполненные трем больным, оперированным традиционным методом, и одному больному - после эндоурологических операций.

Длительность послеоперационного пребывания в стационаре после эндоурологических операций была достоверна в 1,5 раза меньше, чем после традиционных операций. Эндоскопическое

удаление множества камней, сочетание камня мочеточника и почки проходило трансуретерально и чрескожно, что естественно не только удлиняло время операции, но и увеличивало послеоперационное пребывание больных в стационаре.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности эндоскопических методов удаления камней при двустороннем процессе и одноэтапном удалении камней с двух сторон. Больные, как правило, очень хорошо переносили эндоскопические операции и были активны уже в первые сутки. Кроме кратковременной активизации воспалительного процесса, который ликвидировался консервативно, других осложнений не отмечено.

Выводы

1. Применение эндоскопических методов для удаления одиночных и множественных камней почки и мочеточника уменьшает длительность операции, послеоперационного периода и сокращает число занятого в ней медицинского персонала.

2. Проведение эндоскопических операций приводит к уменьшению количества операционных осложнений и снижает потребность в гемотрансфузиях и наркотических анальгетиках в послеоперационном периоде за счет меньшей травматичности операций.

3. Сочетание эндоскопического удаления камней с профилактическим лечением в послеоперационном периоде снижает частоту рецидивного камнеобразования.

Литература:

1. Джабер Джамал. Перкутанная хирургия нефролитиаза: Дис. канд. мед. наук - Москва, 2002. - 125 с.

2. Диалевтика в урологии // Под ред. А.В.Морозова. - М. 1993. - 197 с.

3. Мартов А.Г., Симонов В.Я., Крендель Б.М. Перкутанное эндоскопическое лечение коралловидного нефролитиаза // Урология и нефрология - 1993. - №3. - С.16-19.

4. Mokulis J.A., Peretsman S J Retrograde percutaneous nephrolithotomy using the Lawson technique for management of complex nephrolithiasis // J Endourol. - 1997 - Vol.11. - N2. - P.125-130.